

**Formulaire Médicale et Décharge FQBM (à remplir par chaque athlète avant chaque compétition)**

Date: \_\_\_\_\_ Endroit du tournoi d'arts martiaux mixte amateur : \_\_\_\_\_

**(Section) Homme et Femme****Avez-vous éprouvé dernièrement les problèmes suivants :**

1. maux de tête :	Oui	Non
2. nausées ou vomissement :	Oui	Non
3. vue embrouillée ou double :	Oui	Non
4. Déficience, infection ou blessure aux yeux ou aux oreilles :	Oui	Non
5. étourdissement :	Oui	Non
6. Fièvre rhumatismale, tuberculose, pleurésie ou asthme :	Oui	Non
7. Désordre rénal ou urinaire, un rein :	Oui	Non
8. Diabète sucré :	Oui	Non
9. Maladie diagnostiquée suite à un (malaise ou examen médical).	Oui	Non
10. Indigestion, vomissement, crampes abdominales :	Oui	Non
11. Dépression nerveuse, blessure à la tête, convulsions :	Oui	Non
12. Infections aiguës :	Oui	Non
13. Fractures, luxations, foulures graves :	Oui	Non
14. Épilepsie chez l'athlète ou dans la famille :	Oui	Non
15. Avez-vous pris des médicaments depuis les 90 derniers jours: Si oui, lesquels?	Oui	Non

**(Section) Femme seulement****Avez-vous remarqué récemment:**

1. une anomalie quelconque liée à la menstruation comme l'absence de menstruation ou des saignements vaginaux anormaux avec ou sans douleur (sensibilité) dans la région pelvienne qui ne concordent pas avec vos menstruations normales:	Oui	Non
2. des masses aux seins, saignements:	Oui	Non
3. anomalie de la glande mammaire:	Oui	Non
4. une possibilité de grossesse:	Oui	Non
5. une confirmation de grossesse:	Oui	Non
6. diminution de la concentration:	Oui	Non
Commentaire :		

Je soussigné en tant que combattant(e) (18 ans et plus) déclare solennellement avoir pris connaissance des règlements de la Fédération Québécoise de Boxe Mixte (Arts Martiaux Mixtes) Amateur qui sanctionne les compétitions dans lesquelles je vais compétitionner. Moi, mes aîeux ou nos représentants, dégageons de toutes responsabilités, les promoteurs, les arbitres, les juges, tous les officiers ou dirigeants, les bénévoles et les instructeurs de la FQBM, de même que les commanditaires et les établissements ou les championnats auront lieu pour des blessures ou des problèmes de santé ultérieurs subit pendant les championnats. J'ai répondu de bonne foi au questionnaire de santé-participation qui fournit des informations et une preuve d'aptitude à compétitionner. Je comprends que compétitionner dans ce championnat est potentiellement dangereux et qu'il y a un risque de blessures légères, sévères ou même mortelles et j'assume la pleine responsabilité de toutes mes actions et je déclare que toutes les informations fournis dans la présente sont exactes et au meilleur de ma connaissance.

Nom du combattant(e) en lettre moulée \_\_\_\_\_

Signature du combattant(e) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
No civique    rue    Ville    Province    Code Postal

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

j /m/a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date Naissance    No Assurance Maladie    Téléphone

Nom du Club : \_\_\_\_\_

**Statut Amateur ou Professionnel**

A déjà combattue professionnel	Oui	Non
Plus de 3 combats professionnels	Oui	Non
À combattu professionnel depuis moins d'un an	Oui	Non
Dans ses combats professionnels a obtenue plus de 1 victoire sur 3	Oui	Non

**(Section) Médecin ou Paramédic**

Combattant(e): Poids \_\_\_\_\_ lbs    Taille: \_\_\_\_\_    âge: \_\_\_\_\_ ans

1. Problème d'attention, de concentration, de coordination, d'élocution ou de comportement	Oui	Non
2. Manque de mobilité, de flexibilité ou d'équilibre	Oui	Non
3. Trouble système respiratoire, cardio vasculaire	Oui	Non
4. Tension artérielle anormale	Oui	Non
5. Expansion de la poitrine inférieure à deux pouces	Oui	Non
6. Dents brochés	Oui	Non
7. Anomalie après examen du fond de l'oeil, acuité visuelle et champs visuel ou lentilles cornéennes	Oui	Non
8. Blessure, coupure, cassure (à la tête et aux membres) non guéris suffisamment	Oui	Non
9. Douleur et manque de mobilité au bas du dos	Oui	Non
10. Douleur et manque de mobilité à l'examen du cou	Oui	Non
<b>Objection pour combattre à ce (cette) participant(e)</b> Si oui, lesquels?	Oui	Non

**(Section) Entraîneur**

Avez-Vous vue un changement ou diminution chez votre combattant.

1. de l'attention, de la concentration, de l'équilibre, de la flexibilité, de la mobilité ou de la coordination	Oui	Non
2. de la mémoire	Oui	Non
3. de l'élocution	Oui	Non
4. du comportement	Oui	Non
5. de l'entraînement (rapidité)	Oui	Non
6. Suspensions à la boxe mixte (arts martiaux mixtes)	Oui	Non

Je, soussigné entraîneur certifié ou reconnu par la Fédération Québécoise de Boxe Mixte (Arts Martiaux Mixtes) Amateur déclare que mon combattant(e) a suivi sous ma direction un programme d'entraînement de boxe mixte (arts martiaux mixtes) amateur avec succès.

Je le considère donc **apte à participer** à cette compétition de boxe mixte (arts martiaux mixtes) amateur et j'ai signé ci-dessous.

Nom de l'examineur en lettre moulée    Téléphone

Signature de l'examineur    No Licence

Nom de l'entraîneur ou de son représentant en lettre moulée

Signature de l'entraîneur ou de son représentant    Téléphone